Compilare e inviare a certificazione@sideius.com

DOMANDA DI CERTIFICAZIONE

DATI ANAGRAFICI DELL'ORGANIZZAZIONE	
Ragione sociale:	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Telefono:	e-mail:
Persona di riferimento:	Telefono/e-mail:
Attività/Processi svolti:	Totale addetti presenti sul sito:
SITO PRODUTTIVO INTERESSATO DALLA CERTIFICAZIONE (SE DIVERSO DALL'ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE)	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Attività/Processi svolti:	Totale addetti presenti sul sito:
SITO PRODUTTIVO INTERESSATO DALLA CERTIFICAZIONE (SE DIVERSO DALL'ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE)	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Attività/Processi svolti:	Totale addetti presenti sul sito:

Se vi sono altri siti produttivi per i quali si richiede la certificazione, indicare in un foglio allegato:
1) l'indirizzo, 2) le attività/processi svolti nei diversi siti produttivi 3) il numero degli addetti per ogni sito produttivo

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO DI CONFORMITÀ ALLA NORMA UNI EN ISO 9001 / UNI EN ISO 3834 / UNI/PdR 125

	Prima Certificazione	Rinnovo	Supplementare	Transfer *
☐ UNI EN ISO 9001	☐	☐	☐	☐
☐ UNI EN ISO 3834-2 Requisiti di qualità per la saldatura - estesi	☐	☐	☐	☐
☐ UNI EN ISO 3834-3 Requisiti di qualità per la saldatura - normali	☐	☐	☐	☐
☐ UNI EN ISO 3834-4 Requisiti di qualità per la saldatura - elementari	☐	☐	☐	☐
☐ UNI/PdR 125	☐	☐	☐	☐

* In caso di applicazione della modalità TRANSFER, indicare:

- Data di emissione del Certificato in essere: _____ / _____ / _____
- Organismo di Certificazione che ha emesso il Certificato: _____
- Motivazione per il trasferimento: _____
- Eventuali procedimenti legali in corso: ☐ NO ☐ SI
- Sono presenti NC ancora aperte e per le quali non è stata ancora verificata l'attuazione delle azioni correttive? ☐ NO ☐ SI

Si richiede di allegare copia del Certificato aziendale in essere e copia dell'ultimo Rapporto di Audit conseguito.

TIPOLOGIA DI PRODOTTO/ATTIVITÀ DA CERTIFICARE		
PER LO SCHEMA UNI EN ISO 9001, L'ORGANIZZAZIONE:		
• Ha nominato il Responsabile Qualità? Se si, indicare se interno o esterno:	☐ SI	☐ NO
• Affida lavorazioni o servizi in subfornitura? Se si, indicare quali:	☐ SI	☐ NO
• Applica il paragrafo della norma "Progettazione e sviluppo di prodotti\servizi"? Indicare eventuali ulteriori paragrafi della norma non applicabili:	☐ SI	☐ NO
• Applica delle prescrizioni legali al prodotto/servizio oggetto di certificazione? Se si, indicare le principali:	☐ SI	☐ NO
• Ha già effettuato un Audit Interno completo ed un riesame della Direzione?	☐ SI	☐ NO
PER LO SCHEMA UNI EN ISO 3834, L'ORGANIZZAZIONE:		
• Possiede le Qualifiche del Personale di saldatura?	☐ SI	☐ NO
• Possiede le Qualifiche dei Procedimenti di saldatura?	☐ SI	☐ NO
• Ha nominato il Coordinatore di Saldatura? Se si, indicare se interno o esterno:	☐ SI	☐ NO
• Ha nominato il personale addetto ai Controlli Con Distruttivi? Se si, indicare se interno o esterno:	☐ SI	☐ NO
• Affida lavorazioni o servizi in subfornitura? Se si, indicare quali:	☐ SI	☐ NO
• Effettua trattamenti termici post saldatura?	☐ SI	☐ NO
• Quali processi di saldatura intende certificare? (135 – filo pieno MAG, 131 – filo pieno MIG, 141 – TIG, 111 – elettrodo, 121 – arco sommerso, …)?		
• Quali materiali intende certificare? (acciaio al carbonio, acciaio inox, alluminio, …)		
PER LO SCHEMA UNI/PdR 125, L'ORGANIZZAZIONE:		
• In che fascia di classificazione si attesta?		

√	FASCIA	CLUSTER	N. ADDETTI
☐	1	Micro	1 ÷ 9
☐	2	Piccola	10 ÷ 49
☐	3	Media	50 ÷ 249
☐	4	grande	≥ 250

• Ha nominato il Comitato Guida?	☐ SI	☐ NO
• Il risultato della pesatura dei KPI delle 6 aree di valutazione individuate dalla UNI/PdR 125 è risultato pari ad almeno 60/100?	☐ SI	☐ NO

NUMERO DI PERSONE INTERESSATE ALLA CERTIFICAZIONE:	
N. totale dipendenti dell'Organizzazione: _____	N. persone interessate alla certificazione: ✓ N. Manager e Resp. di Processo (es. Direzione, Amministrazione, HR, Legale, Commerciale, Tecnico, Acquisti, Sistema di Gestione Qualità/Parità di Genere, Produzione, ecc.): _____ ✓ N. Collaboratori coinvolti in attività gestionali (Addetti formazione risorse umane, Addetti comunicazione, Addetti commerciali, Addetti acquisti, Assicurazione qualità, Pianificatori, ecc.): _____ ✓ N. Collaboratori coinvolti nei processi operativi (es. Addetti al controllo, Magazzinieri, Operatori, ecc.): _____ ✓ N. Coordinatori Saldatura (non richiesto per ISO 9001, ISO 3834-4 e UNI/PdR 125): _____ **NOTA**: Rientra in tale conteggio il personale on-site e off-site, dipendenti a tempo determinato ed indeterminato, lavoratori stagionali, personale a contratto, collaboratori esterni, turnisti, ecc.

CERTIFICAZIONI RILASCIATE DA ALTRI ENTI (ANCHE DI PRODOTTO, SE PRESENTI)		
Tipo di certificazione	Rilasciata da	In data
☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ _____

CONSULENTE/SOCIETÀ DI CONSULENZA UTILIZZATO PER LA PREDISPOSIZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE

L'Organizzazione è ricorsa alla consulenza per la predisposizione del sistema di gestione? ☐ SI ☐ NO

Se si, indicare:

- il nome del consulente incaricato per il sistema di gestione: _____
- la società di consulenza a cui appartiene il consulente: _____

L'Organizzazione ritiene necessario effettuare un pre-audit? ☐ SI ☐ NO

Se si, indicare il periodo richiesto (mese/anno): _____

Periodo richiesto per Audit (mese/anno):

Questionario compilato da:	Funzione aziendale:
Timbro e Firma:	Data: